



**Ciudad de Fort Worth**

Nombre: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Gracias por su interés en el Programa Contra el Plomo (Lead-Safe Program) de la Ciudad de Fort Worth. Por favor lea esta solicitud en su totalidad antes de empezar a llenarla. **Para ser elegible para el Programa Contra el Plomo, debe de cumplir con todos los siguientes requisitos:**

- Yo soy el dueño de la propiedad y doy mi consentimiento para participar en el programa
- Yo vivo en la propiedad
- Mi casa fue construida antes de 1978 y está ubicada dentro de la Ciudad de Fort Worth
- Un niño(a) Ó más niño(a)s menores de seis (6) años de edad que viven Ó pasan en mi casa un mínimo de tres (3) horas diarias dos veces semanal Ó 60 horas al año Ó vive en mi casa una mujer embarazada
- Iré al Taller Contra el Plomo Sobre Limpieza Usando Técnicas Especializadas, Mantenimiento Regular, la identificación de Riesgos de Plomo y la Prevención de la Intoxicación de Niños por Plomo.
- Los ingresos anuales de mi hogar no deben de sobrepasar las siguientes cantidades:

Tamaño de la Familia	1	2	3	4	5	6	7	8
Ingresos Anuales	\$36,900	\$42,150	\$47,400	\$52,650	\$56,900	\$61,100	\$65,300	\$69,500

Para completar su solicitud, necesitamos recibir los siguientes documentos:

- Completados y Firmados:
  - o Formulario de Solicitud
  - o Formulario de Autorización Para la Prueba del Plomo en la Sangre
  - o Formulario de Divulgación de Conflicto de Interés
  - o Formulario de Certificación
- Comprobante de ingresos (es decir, talones de cheque de las ultimas 3 quincenas; carta de aprobación de beneficios, etc.) para todas las personas que viven en la casa mayores de 18 años de edad **con ingresos**
- Formulario de Certificación de Ingresos completado y firmado por todas las personas que viven en la casa mayor de 18 años de edad **sin ingresos**
- Copia de identificación con fotografía vigente de los solicitantes

Requisitos adicionales para calificar para el programa:

- Personal del programa tiene que inspeccionar la casa y encontrar un riesgo de pintura a base de plomo en la casa
- Su casa no debe de necesitar más de \$5,000 en reparaciones adicionales para preservar el trabajo hecho por el Programa Contra el Plomo. La necesidad de las reparaciones será determinado por el personal del programa.

**MANDE ESTA SOLICITUD**

POR CORREO ELECTRONICO: [leadsafe@fortworthtexas.gov](mailto:leadsafe@fortworthtexas.gov)

POR FAX: 817-392-5436

POR CORREO REGULAR: Lead-Safe Program  
Housing & Economic Development Department  
1000 Throckmorton St  
Fort Worth, TX 76102

**¿Preguntas? Por favor llámenos al 817-392-7444.** Sera notificado cuando revisemos su solicitud.



**Ciudad de Fort Worth**

Nombre: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

**FORMULARIO DE SOLICITUD PARA EL PROGRAMA CONTRA EL PLOMO**

<b>Nombre del Solicitante</b>		<b>Nombre del Co-solicitante</b>	
<b>Número Seguro Social del Solicitante</b>	<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>Número de Seguro Social del Co-solicitante</b>	<b>Fecha de Nacimiento</b>
<b>Número de Teléfono del Solicitante</b>		<b>Número de Teléfono del Co-solicitante</b>	
<b>Correo Electrónico del Solicitante</b>		<b>Correo Electrónico del Co-solicitante</b>	
<b>Dirección (Número, Calle, Ciudad, Código Postal)</b>			<b>Año en que fue construida la casa (si lo sabe)</b>
<p><b>Por favor anote todos los niños menores de seis (6) años de edad que viven en su casa, o visitan dos veces por semana durante tres horas a la vez en la casa. Entonces indique cuánto tiempo pasa cada niño en su casa; también, marque la casilla a continuación <u>sólo</u> si hay una mujer embarazada viviendo en su hogar.</b></p> <p>Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____</p> <p>Un niño vive en mi casa ____ <b>O</b> (marque todo lo que aplica) Pasa en mi casa todo D L Ma Mi J V S por ____ horas al día</p> <p>Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____</p> <p>Un niño vive en mi casa ____ <b>O</b> (marque todo lo que aplica) Pasa en mi casa todo D L Ma Mi J V S por ____ horas al día</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Una mujer embarazada vive en mi casa.</b></p>			

Yo entiendo que un personal del programa debe de inspeccionar mi casa y encontrar un riesgo de pintura a base de plomo, y que mi casa no debe de necesitar más de \$5,000 en reparaciones adicionales para preservar el trabajo del Programa Contra el Plomo; la Ciudad de Fort Worth determinara si mi hogar necesita reparaciones adicionales.

Yo certifico que la información que proporciono es verdadera y que esta información puede estar sujeta a verificación en cualquier momento. También reconozco que la provisión de información falsa podría dejarme sujeto a las penalidades de las leyes federales, estatales y locales de perjurio.

**Advertencia: El Título 18, Sección 1001 del Código de los EE.UU. estipula que una Persona es Culpable de una felonía al hacer declaraciones falsas o fraudulentas a cualquier departamento del gobierno de los Estados Unidos a sabiendas o voluntariamente.**

\_\_\_\_\_

Firma del Solicitante

\_\_\_\_\_

Fecha

\_\_\_\_\_

Firma del Co-solicitante

\_\_\_\_\_

Fecha

*Si una persona distinta del solicitante ha preparado esta solicitud, esa persona debe firmar aquí abajo.*

Preparado Por: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_



**Ciudad de Fort Worth**

Nombre: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Nombre del Solicitante:	Nombre del Co-solicitante:
<b>Marque todas las casillas que apliquen:</b> <b>Etnicidad:</b> <input type="checkbox"/> No-Hispano <input type="checkbox"/> Hispano <b>Raza:</b> <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiatico <input type="checkbox"/> Negro o Africo-Americano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii u Otro de la Islas del Pacifico <input type="checkbox"/> Blanco/ Caucasico <input type="checkbox"/> Otro _____	<b>Marque todas las casillas que apliquen:</b> <b>Etnicidad:</b> <input type="checkbox"/> No-Hispano <input type="checkbox"/> Hispano <b>Raza:</b> <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiatico <input type="checkbox"/> Negro o Africo-Americano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii u Otro de la Islas del Pacifico <input type="checkbox"/> Blanco/ Caucasico <input type="checkbox"/> Otro _____

**Por favor anote el nombre, fecha de nacimiento, e ingresos mensuales de cada persona que viva en la casa. Necesitamos comprobantes de ingresos para cada persona que vive en el hogar con ingresos. Cualquier persona mayor de 18 años de edad que vive en el hogar sin ingresos, tiene que llenar la página 4.**

<u>Nombre</u>	<u>Fecha de Nacimiento</u>	<u>Ingresos Mensuales</u>	<u>Comprobante de Ingresos</u>
1. _____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
2. _____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
3. _____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
4. _____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
5. _____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
6. _____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
7. _____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
8. _____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

**Yo certifico que la información que proporciono es verdadera y que esta información puede estar sujeta a verificación en cualquier momento. También reconozco que la provisión de información falsa podría dejarme sujeto a las penalidades de las leyes federales, estatales y locales de perjurio.**

**Advertencia: El Título 18, Sección 1001 del Código de los EE.UU. estipula que una Persona es Culpable de una felonía al hacer declaraciones falsas o fraudulentas a cualquier departamento del gobierno de los Estados Unidos a sabiendas o voluntariamente.**

Firma del Solicitante	Fecha
Firma del Co-solicitante	Fecha

*Si una persona distinta del solicitante ha preparado esta solicitud, esa persona debe firmar abajo.*

Preparado Por: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



**Ciudad de Fort Worth**

Nombre: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

**Programa Contra el Plomo  
Formulario de Certificación de Ingresos**

**Toda persona que viva en el hogar o unidad de alquiler mayor de 18 años de edad sin ingresos TIENE que llenar este formulario.**

Nombre del Ocupante: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Fort Worth, TX 761\_\_\_\_\_

Numero de Teléfono: \_\_\_\_\_ Relación al Dueño del hogar: \_\_\_\_\_

**No tengo ingresos debido a lo siguiente:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Certificación:**

**Yo certifico que la información que proporciono es verdadera y que esta información puede estar sujeta a verificación en cualquier momento. También reconozco que la provisión de información falsa podría dejarme sujeto a las penalidades de las leyes federales, estatales y locales de perjurio.**

\_\_\_\_\_  
Firma del Ocupante

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Advertencia: El Título 18, Sección 1001 del Código de los EE.UU. estipula que una Persona es Culpable de una felonía al hacer declaraciones falsas o fraudulentas a cualquier departamento del gobierno de los Estados Unidos a sabiendas o voluntariamente.**

For use by funding agency:

Certification Reviewed By: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

*¿Necesita mas copias de esta solicitud? Por favor llámenos al 817-392-7444 o mándenos un correo electrónico a [leadsafe@fortworthtexas.gov](mailto:leadsafe@fortworthtexas.gov) para que le mandemos otra forma.*



**Ciudad de Fort Worth**

Nombre: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

**FORMULARIO PARA LA AUTORIZACION DE PRUEBA DE PLOMO EN LA SANGRE**

-----Esta sección debe de ser llenado SOLO por los Padres y/o Guardián Legal de los niños-----

Se sugiere que se les haga un examen de plomo en la sangre a todos los niños menores de seis (6) años de edad que vivan en o visiten su casa antes de que comience el trabajo de reducción de riesgos de plomo. Para el Programa Contra el Plomo, las pruebas de plomo en la sangre deben de ser por una prueba intravenosa. Si no se les ha hecho una prueba de plomo en la sangre dentro de los últimos doce (6) meses a su niño o niños, debería de comunicarse con el médico de cabecera de su niño o niños o al departamento de salud local para planificar un examen.

**Por favor anote los nombres y fecha de nacimiento de todos sus niños menores de seis (6) años de edad:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Por favor marque una de las siguientes casillas:**

- Dentro de los últimos seis (6) meses, se le ha hecho una prueba de plomo en la sangre a mi(s) niños(s) menores de seis (6) años de edad. Al marcar esta casilla será responsable por obtener los resultados del examen y mandárselos al Programa Contra el Plomo.
- Dentro de los últimos seis (6) meses, no se les ha hecho una prueba de plomo en la sangre a mi(s) niños(s) menores de seis (6) años de edad y yo estoy de acuerdo con que ahora se les haga un examen de plomo en la sangre.
  - Tengo seguro médico o Medicaid para pagar el examen de sangre
  - No tengo seguro médico o Medicaid para pagar el examen de sangre, y me gustaría que el Programa Contra el Plomo pague por el examen de sangre.
- Por razones religiosas y/o personales, elijo **NO** hacerles un examen de plomo a mi niño o niños.

\_\_\_\_\_  
**Firme del Padre o Guardián**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

**TALLER CONTRA EL PLOMO**

Para que cualquier trabajo de reducción de riesgos de plomo sea hecho en propiedades ocupadas por el propietario, los Propietarios tienen que asistir a un Taller Contra el Plomo. Este taller educara a los propietarios sobre como reconocer a los riesgos de plomo en el futuro, limpiar y mantener la casa/unidad con pintura a base de plomo y los efectos de salud que puede causar la exposición al plomo en los miembros de la familia. Al firmar este documento, Ud. acepta asistir al Taller Contra el Plomo.

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Co-solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha

**RECONOCIMIENTO DE INFORMACIÓN PÚBLICA**

Al firmar abajo, yo entiendo que toda la información que doy al personal del programa, con la excepción de números de seguro social, información medica y posiblemente ingresos, esta sujeta a las leyes de privacidad federales, estatales y locales, y podría ser divulgado al público si es solicitado.

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Co-solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha



**Ciudad de Fort Worth**

Nombre: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

**DIVULGACION DE CONFLICTO DE INTERES:  
FORMULARIO PARA SOLICITANTES**

Gracias por su interés en los programas de viviendas asequibles ofrecido por la Ciudad de Fort Worth. Estos programas son financiados mediante subvenciones federales del Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (HUD, por sus siglas en inglés), y se rigen por el Código de Regulaciones Federales, 24 CFR 24 CFR 92,356 y 570,611. Estos reglamentos prohíben participar en algunos programas por cualquier persona que ejerza, o que ha ejercido, cualquiera de las funciones y responsabilidades con respecto a estas subvenciones federales. Las personas afectadas son los empleados de la ciudad, los funcionarios electos o designados, y agentes o consultores de la ciudad. Esta limitación también se aplica a los miembros de la familia inmediata de esas personas que ejercen o han ejercido funciones o responsabilidades con respecto a estos fondos de la concesión, incluyendo miembros de la familia inmediata de los empleados, los funcionarios electos o designados, y los agentes o consultores.

**Nuestra oficina está solicitando la siguiente información a fin de cumplir con las exigencias reglamentarias. Por favor llene esta forma, firmela, y regrésela al Departamento de Vivienda y Desarrollo Económico de la Ciudad de Fort Worth con mayor brevedad posible.**

NOMBRE: \_\_\_\_\_ DIRECCION: \_\_\_\_\_

TELEFONO: \_\_\_\_\_ CORREO ELECTRONICO (si tiene): \_\_\_\_\_

**PROGRAMA DE ASISTENCIA QUE SOLICITA: LEAD-SAFE PROGRAM**

1) ¿Esta empleado por la Ciudad de Fort Worth?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
¿Ha sido empleado por la Ciudad de Fort Worth durante los últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
En caso afirmativo, ¿por cuál departamento(s) y división? :		
2) ¿Hay algún miembro de su familia inmediata que es actualmente empleado por la Ciudad de Fort Worth? <i>("Familia inmediata" incluye (ya sea por consanguinidad o adopción): el cónyuge, los padres (incluyendo un padrastro o madrastra), hijo (incluyendo un hijastro), hermano (incluido un hermanastro o hermanastra), abuelos, nietos y suegros .)</i>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
En caso afirmativo, indique el nombre de los familiares (s), departamento (s), y División (s):		
Si no, ¿ha sido algún miembro de su familia inmediata empleado por la Ciudad de Fort Worth en el más reciente período de 12 meses?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
En caso afirmativo, por cual departamento y división:		
3) ¿Es usted un funcionario electo o nombrado, o agente o consultor, de la Ciudad de Fort Worth?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
¿Es Ud. o un miembro de su familia inmediata un funcionario electo o nombrado, un agente O Consultor de la Ciudad de Fort Worth?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
En caso afirmativo, indique el nombre / Contacto Oficial Elegido / Nombrado, Agente / Consultor:		

**Certificación:** Yo entiendo y estoy de acuerdo en que la Ciudad puede comunicarse con la oficina del funcionario anteriormente señalado, agente o consultor, o mi supervisor, o el supervisor de un miembro de mi familia inmediata, con el fin de determinar si el empleo de cualquiera de estas personas o funciones oficiales estaban relacionados con el uso de fondos federales de HUD por la Ciudad en el último año. Yo certifico que la información que proporciono es verdadera y podría estar sujeta a verificación en cualquier momento por una persona tercera. También reconozco que el suministro de información falsa podría dejarme sujeto a las penalidades de perjurio de las leyes federales, estatales y locales.

\_\_\_\_\_ Firma del Solicitante \_\_\_\_\_ Fecha

\_\_\_\_\_ Firma del Co-solicitante \_\_\_\_\_ Fecha